



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 212/3297 - Cefalea y algo más... En una mujer joven y sana

A. Gargallo<sup>a</sup>, S. Córdova Peralta<sup>b</sup>, S. Miravet Jiménez<sup>c</sup>, Ll. Esteve Balagué<sup>d</sup>, T. Badia Farré<sup>d</sup>, C. Paino Martín<sup>e</sup>, M. Reyes Castro<sup>a</sup>, F.J. Molinero Sardà<sup>d</sup>, C. Jiménez Peiró<sup>a</sup>, y P. Machado Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente; <sup>d</sup>Médico de Familia. EAP Martorell Urbà. Barcelona. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico de Familia. ABS Martorell. Barcelona. <sup>e</sup>Médico de Familia. CAP Buenos Aires. Martorell. Barcelona.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 47 años sin AMC ni hábitos tóxicos. Antecedentes personales: no refiere. Motivo de consulta (17/06/2016): cuadro de 7 meses de evolución de cefalea persistente de predominio occipital con progresiva aparición de inestabilidad a la deambulacion y vegetatismo ocasional. Cuadro tóxico concomitante. Su médico de familia solicitó TAC craneal, programado el mes anterior a la visita, que la paciente no realiza.

**Exploración y pruebas complementarias:** EF: álgica (EVA 9/10), CyO, eupneica. Palidez cutánea. Normohidratada. TA: 132/99 mmHg, FC: 101 lpm, SatO<sub>2</sub>: 98%, T<sup>a</sup>: 36 °C. AC: rítmica, sin ruidos sobreañadidos. AR: MVC. NRL: PINR, PPCC normales. No alteraciones en sensibilidad. Discreta pérdida de fuerza en EESS (4+/5). Hiperreflexia en EESS. Reflejo rotuliano disminuido. No disimetrías apreciables ni adiadococinesia. Romberg alterado. Marcha atáxica con ampliación de base de sustentación. Reflejo cutáneo plantar normal. Se solicita TAC craneal: lesión expansiva intraparenquimatosa infratentorial, con predominio de componente quístico de 55 × 34 mm. Efecto masa con colapso de cisternas y IV ventrículo. Hidrocefalia supratentorial. 22/06/2016: craneotomía suboccipital y resección del tumor y nódulo en hemisfero izquierdo. Se coloca derivación ventricular externa (DVE). 48hpost-IQ: cuadro confusional que no responde a antipsicóticos. En nuevo TC persistencia de la dilatación pese a IQ. Se abre DVE. Posteriormente fiebre e hipotensión, se diagnostica septicemia por *E. cloacae* y se inicia ciprofloxacino endovenoso con buena evolución. AP: astrocitoma pilocítico. En el momento actual la paciente puede deambular con sensación de inestabilidad. Sigue controles en CCEE de neuro-oncología.

**Juicio clínico:** Tumor cerebral en mujer de 45 años con cefalea secundaria de larga evolución y signos de alarma.

**Diagnóstico diferencial:** Cefalea tensional, cefalea migrañosa cronificada, cefalea secundaria por otras causas.

**Comentario final:** La cefalea es uno de los principales motivos de consulta neurológicos en AP. La gran mayoría corresponden a cefaleas primarias, pero es necesaria una buena valoración para descartar causas secundarias mediante anamnesis, exploración física y fondo de ojo. Ante cualquier síntoma o signo de alarma, debemos descartar secundarismos y valorar estudios complementarios:

prueba de imagen (TC, RMN o angioTC), análisis de sangre o punción lumbar.

### **Bibliografía**

1. Huerta M, Pozo P, Prat J, Roig C, coord. Guia oficial de diagnòstic i tractament de la cefalea de la Societat Catalana de Neurologia. 2011.
2. Olesen J, Goadsby PJ. The Headaches, 3<sup>rd</sup> ed. 2006.
3. Mateos Marcos V. Migraña y otras cefaleas. Elsevier. 2010.

**Palabras clave:** *Cefalea. Signos de alarma. Tumor cerebral.*